



CÁNCER DE MAMA ASOCIADO AL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO

*M^a del Mar Bueno González; **M^a Paz García Teruel; **Eva Muelas Párraga; **Ana Martínez Gómez; **M^a del Carmen Garre Alcázar; **Sandra Jiménez Días, **Consuelo López Martínez; **Tomás Sánchez-Bolea Pérez.

*Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

**Servicio de Obstetricia y Ginecología de Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de mama asociado al embarazo (CMAE) o Cáncer de mama gestacional, es aquel que se diagnostica durante la gestación, durante el primer año tras el parto o en cualquier momento durante la lactancia materna. El cáncer de mama es la neoplasia maligna más común diagnosticada durante el embarazo. La incidencia es del 0.2-3.8% en mujeres menores de 50 años. Sin embargo, cuando el cáncer de mama se diagnostica en mujeres de 30 años o menos, entre el 10-20% de los casos pueden estar asociados con el embarazo o se producen dentro del primer año después del parto.

La presentación clínica es similar al cáncer de mama en la mujer no gestantes: lo más frecuente es el nódulo. Ante una mujer que presenta un nódulo en la mama que persiste más de 2 semanas, debe realizarse biopsia, aunque el 80% dan resultado benigno. Los cambios fisiológicos que acompañan al embarazo o la lactancia pueden dificultar la exploración y limitar la utilidad de la mamografía.

La mayoría son Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI). Suelen presentarse en estadios más avanzados (por la dificultad y consiguiente retraso en el diagnóstico). Los receptores hormonales en pacientes con CMAE son negativos en mayor porcentaje que en la población general. (55-60% vs 25%). El tratamiento debe asemejarse lo máximo posible a los protocolos de tratamiento estandarizados para pacientes sin embarazo concomitante. La planificación del tratamiento debe realizarse por un equipo multidisciplinar.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años, que consulta por un nódulo en mama izquierda. AP: Sin interés. AGO: Menarquia 12 años. FM irregular. G2 C2 (última cesárea hace 9 meses). Lactancia materna 11 meses. Refiere que dejó LM por rechazo de su hijo a realizar la toma de la mama donde tenía el nódulo.

Exploración: tumoración en LICS MI de 3cm.

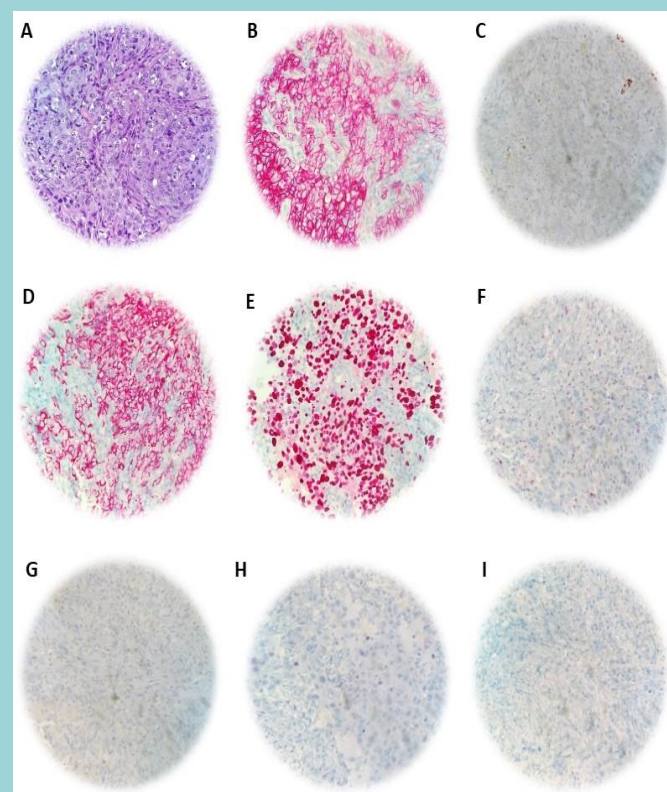
Mx: se observa patrón fibroglandular heterogéneamente denso. Nódulo irregular en CSI de MI, de 20mm. Axilas sin hallazgos significativos.

Eco Mama: CSI de MI, se identifica un nódulo irregular de márgenes micronodulares, hipoecoico, con refuerzo acústico posterior, de 22,4 x 16,2mm, de alta sospecha. No adenopatías. **BIRADS 4c.**

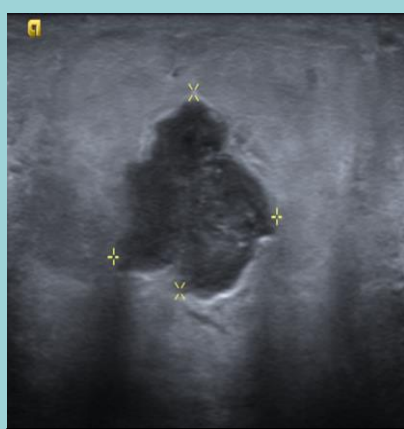
BAG: Carcinoma ductal infiltrante escasamente diferenciado. Grado 3. IHQ: RE: **NEGATIVOS**. RP: **NEGATIVOS**. Herceptest: **NEGATIVO**. Ki-67: **75-80%**. P53: Positividad débil. E-cadherina: Positiva. Ck19: positiva. P63-miosina: negativo

RMN: Nódulo en unión de cuadrantes superiores de MI, con realce intenso en anillo irregular tras el contraste, y **curva tipo III** en el estudio dinámico. Presenta morfología redondeada y margen irregular, siendo sus mediadas 2.5x2.7 cm. Territorios ganglionares sin evidencia de patología. **BIRADS 6**

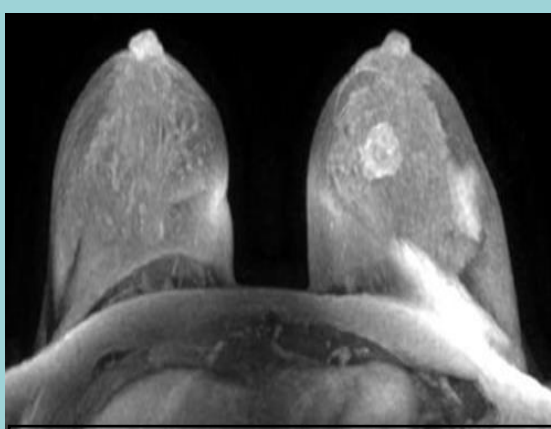
Se comenta caso en Comité de tumores mama y se decide: **Neoadyuvancia**
Actualmente se encuentra pendiente de iniciar tratamiento.



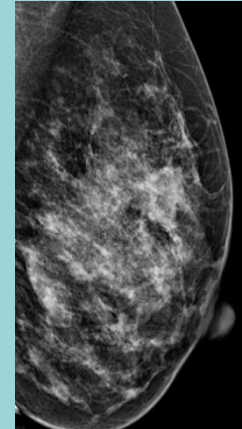
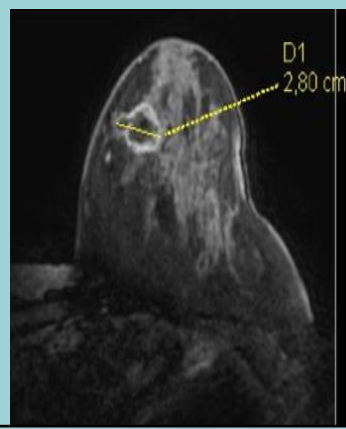
AP: A. H&E. Proliferación neoplásica poco diferenciada con marcado pleomorfismo y patrón sólido. B. IHQ. E-cadherina positiva. C. IHQ. P63 negativo, ausencia de celularidad mioepitelial. Se aprecia un control interno en la esquina superior derecha. D. IHQ. CK19 positiva. E. IHQ. Índice de proliferación celular Ki67 del 75-80%. F. IHQ. P53 positividad débil y focal. G. IHQ. Her-2 negativo (1+). H. IHQ. Receptores de progesterona negativos. I. IHQ. Receptores de estrógenos negativos.



Ecografía mamaria: nódulo.



RMN: Nódulo. Realce en anillo irregular tras el contraste.



Mx: nódulo.

CONCLUSIÓN

- El embarazo en sí mismo incrementa transitoriamente el riesgo individual de desarrollo de cáncer de mama, con un pico entre los 3 y 7 años, aunque a largo plazo es protector.
- La presentación clínica más frecuente es la presencia de un nódulo, al igual que en pacientes no gestantes. Está descrito el "signo de rechazo de la leche", que consiste en que el lactante rechaza la mama que presenta un cáncer de mama oculto
- El diagnóstico se realiza de igual modo que en las demás mujeres, aunque los cambios fisiológicos del embarazo/lactancia pueden dificultarlo.
- La cirugía de mama se puede realizar con seguridad durante todos los trimestres del embarazo. Existe controversia sobre la RT.
- La planificación del tratamiento debe realizarse por un equipo multidisciplinar.
- El pronóstico y el seguimiento de los CMAE son los mismos que en pacientes no gestantes con cáncer de mama.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de práctica clínica en senología. SESPM 2015.
- Woo JC, Yu T, Hurd TC. Breast cancer in pregnancy: a literature review. Arch Surg. 2003;138(1):91-8.